様式第2号（第6条関係）

えびの市不妊検査費助成事業医療費等証明書

（宛先）えびの市長

下記の者について、次のとおり不妊の原因を調べるための検査を実施し、これに係る医療費等を領収したことを証明します。

年　　　月　　　日

医療機関名

所在地

主治医氏名

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな受検者氏名 | 夫 |  | 妻 |  |
| 受検者生年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 不妊の原因を調べるための検査の実施状況 | 検査実施期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 検査実施回数 | 回 |
| 受検者負担額の内訳（検査） | 区分（診療月） | 受検者負担額 |
| 年　　月分 | 円 |
| 年　　月分 | 円 |
| 年　　月分 | 円 |
| 年　　月分 | 円 |
| 年　　月分 | 円 |
| 年　　月分 | 円 |
| 年　　月分 | 円 |
| 年　　月分 | 円 |
| 年　　月分 | 円 |
| 年　　月分 | 円 |
| 年　　月分 | 円 |
| 年　　月分 | 円 |
| 文書料（証明書） | 円 |
| 合計 | 円 |

※受検者負担額は、次の点に留意してご記入ください。

・受検者に関して行った不妊の原因を調べるための検査に係る費用（医療保険各法の規定による給付の対象であるか否かは問いません。）のみを記入

・夫婦共に検査を行った場合は、月ごとに合算

・令和4年4月1日以降に行った検査が対象